UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
INSTITUT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Direction: Professeur D. Gardiol et Professeur L. Ozzello

Intérêt actuel de l'autopsie

Bilan général de 1'000 cas du domaine de la médecine interne

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

LINE CHAMOT-MAMBOURY
Médecin diplômé de la Confédération suisse
originaire de Morrens (VD)

Juris Druck + Verlag Zürich
1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546820_0053

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
INSTITUT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Direction: Professeur D. Gardiol et Professeur L. Ozzello

Intérêt actuel de l'autopsie

Bilan général de 1'000 cas du domaine de la médecine interne

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

LINE CHAMOT-MAMBOURY
Médecin diplôme de la Confédération suisse
originaire de Morrens (VD)

Juris Druck + Verlag Zürich
1977

Université de Lausanne

Faculté de Médecine

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs

D. GARDIOL et L. FREEDMAN

et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée:

"INTERET ACTUEL DE L'AUTOPSIE"

Bilan général de l'000 cas du domaine de la médecine interne,

présentée par Madame Line CHAMOT-MAMBOURY

Médecin diplômée de la Confédération suisse,

pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 8 septembre *19* 77

Le Doyen:

Prof. G. Favez

UNIV. LEIDEN BIBL.

à mes parents,
à Pierre

Au professeur D. Gardiol, j'exprime mes sentiments de profonde reconnaissance pour la patience et la bienveillance avec laquelle il a dirigé ce travail.

INTERET ACTUEL DE L'AUTOPSIE

Bilan général de 1 000 cas du domaine de la médecine interne

Face aux progrès constants de la médecine et à l'éventail toujours croissant des moyens diagnostiques et thérapeutiques, l'autopsie, examen onéreux, se justifie-t-elle encore? Est-elle à même, et dans quelle mesure, d'élucider des cas demeurés cliniquement obscurs? Est-il raisonnable de la pratiquer toujours lorsque le diagnostic clinique est, semble-t-il, parfaitement clair? Plusieurs auteurs (1–31), ces dernières années, particulièrement aux USA, débattent, souvent de façon passionnée, de l'utilité de l'autopsie systématique dite "de routine". C'est pour tenter de répondre à ces différentes questions et critiques que nous avons voulu effectuer un bilan global des mérites et des carences de l'autopsie, en établissant une "corrélation anatomo-clinique" pour 1 000 autopsies pratiquées à l'Institut d'anatomie pathologique de Lausanne sur des patients décédés dans un département de médecine.

Le présent travail, visant à étudier la corrélation anatomo-clinique sur un plan très général, n'est que la première partie d'une étude plus complète, portant sur le même collectif de patients, et dont les deux autres parties, consacrées à la corrélation anatomo-clinique pour certains groupes de maladies, étudient, l'une (32) les affections néoplasiques et l'autre (33) les maladies cardio-vasculaires.

I) MATERIEL ET METHODE

Cette étude de la corrélation anatomo-clinique porte sur 1 000 autopsies consécutives, pratiquées du 4 avril 1969 au 31 décembre 1973 sur les corps de patients décédés dans un département de médecine *. Ces autopsies y représentent 41,2 % des décès **. La pathologie n'y est toutefois pas limitée au strict cadre des affections dites "médicales". De nombreux patients, en effet, atteints d'affections variées, notamment d'ordre chirurgical, ou de complications postopératoires sont décédés dans les centres de réanimation et d'hémodialyse où ils avaient été transférés. De notre collectif de 1 000 autopsies, nous avons dû éliminer 70 cas, soit que le dossier clinique ou anatomo-pathologique était introuvable (32 cas), soit qu'il en manquait une partie essentielle rendant son interprétation trop alétoire (38 cas). Des 930 cas finalement retenus, 351 sont des femmes et 579 des hommes. Leur âge moyen est, globalement, de 64,9 ans (SD : 14,5 ans), celui des femmes étant de 66,6 ans et celui des hommes de 63,9 ans. La durée moyenne de leur dernier séjour hospitalier a été de 14 jours et 23 heures, et le délai moyen séparant le moment du décès de celui de l'autopsie de 18 heures 30 minutes. Dans 334 cas, l'examen anatomique du cerveau n'a pas été autorisé. Pour chaque autopsie, l'examen macroscopique a été complété de prélèvements histologiques dirigés ainsi que d'une batterie de prélèvements systématiques, pratiqués de routine dans divers organes (poumons, coeur, foie, rate, reins, glandes exo- et endocrines, bronches, ganglions lymphatiques).

En possession du dossier clinique et du protocole complet de l'autopsie, nous avons rempli, dans chaque cas, une fiche standardisée.

Le travail de recensement a été réparti, en parts égales, entre trois médecins assistants. Quant aux divers jugements et appréciations constituant la corrélation anatomo-clinique proprement dite portée sur chacun de nos cas, ils ont été largement discutés et débattus entre les trois participants à l'étude. Nos informations et jugements ont été répertoriés sur des formules standardisées, destinées à l'analyse par ordinateur. Chaque fiche est subdivisée en cinq compartiments:

1) *Identification* du malade, en précisant en particulier son âge, son sexe, la durée de son dernier séjour hospitalier, le nombre de séjour antérieurs dans cette même clinique, le laps de temps écoulé entre le décès et l'autopsie.

* Hôpital Nestlé, CHUV. Nous tenons à remercier ici le Professeur L. R. Freedman, chef du département de médecine du CHUV, qui nous a autorisés à consulter les dossiers cliniques des cas retenus pour notre étude.

** Chiffres calculés sur la base des années 1971, 72, 73, pour lesquelles seules, le nombre total de décès est connu.

2) Liste schématique des divers *traitements,* ainsi que des principales manoeuvres diagnostiques et thérapeutiques auxquelles le patient a été soumis.
3) Liste complète des *diagnostics cliniques* retenus au moment du décès du malade, en se fondant sur l'étude comparée de la demande d'autopsie, de la lettre de sortie adressée au médecin praticien et du dossier clinique proprement dit. Pour chaque diagnostic, nous avons tenté de préciser s'il était certain ou presque, probable ou simplement possible, en se basant sur les doutes exprimés par l'interniste dans l'une ou plusieurs de nos sources de renseignements cliniques. Pour permettre, en outre, de déterminer l'importance relative des diverses maladies les unes par rapport aux autres, nous les avons subdivisées en trois grands groupes: a) les *maladies dites principales* réunissent la ou les affections qui ont généralement motivé l'hospitalisation et qui sont à l'origine de tout le processus morbide qui finalement a abouti au décès; b) les *causes immédiates de la mort* groupent les affections ultimes qui ont emporté le patient (embolie, pulmonaire, bronchopneumonie . . .); c) comme *maladies dites "annexes"* nous classons toutes les affections mineures qui n'ont pas ou guère jouré de rôle lors de la dernière hospitalisation (cholélithiase, hernie hiatale . . .). Puis, pour chaque diagnostic clinique, nous avons établi une corrélation anatomo-clinique en spécifiant s'il était soit *confirmé,* c'est-à-dire vérifié par l'autopsie, soit *infirmé,* soit *non retrouvé.* Nous avons infirmé un diagnostic posé avec plus ou moins de certitude en clinique lorsque, sur la base des résultats d'autopsie, nous pouvions affirmer qu'il s'agissait d'une erreur. Dans d'autres cas, en raison de la nature de la maladie suspectée cliniquement (affection métabolique, ischémie aiguë du myocarde . . .), il n'a pas été possible d'assimiler l'absence de lésion anatomique à une erreur; c'est pourquoi, nous avons créé une catégorie distincte dite des diagnostics cliniques "non retrouvés" à l'autopsie.
4) Liste des *diagnostics anatomo-pathologiques.* Sur la base du protocole et du rapport d'autopsie, nous avons dressé une liste des diagnostics anatomiques. Pour permettre la comparaison avec les diagnostics cliniques, nous avons dû, au préalable, éliminer de nombreuses lésions sans importance telles que malformations mineures, petites cicatrices, etc. Nous n'avons pas retenu, non plus, diverses altérations en rapport avec un vieillissement normal. Par ailleurs, nous avons parfois dû grouper, sous une même étiquette, plusieurs lésions qui sont l'expression d'un seul diagnostic clinique (par ex: dilatation et hypertrophie globales du coeur, stase pulmonaire et hépatique, oedèmes malléolaires = insuffisance cariaque globale). Comme pour les diagnostics cliniques, nous avons précisé, dans chaque cas, s'il s'agissait d'une cause immédiate de la mort, d'une maladie principale ou annexe. Il n'est fait état, dans le protocole d'autopsie, de diagnostics probables que dans de très rares cas. Quant à la corrélation anatomo-clinique, nous avons établi, chaque fois, si la lésion démontrée par le pathologiste soit a) *confirmait* un diagnostic cli-

nique, soit b) devait être considérée comme une *découverte.* Ce dernier groupe réunit des affections non suspectées ou exclues du vivant du malade et, néanmoins démontrées à l'autopsie.

5) *Evaluation globale de la corrélation anatomo-clinique.* Jugeant de la concordance ou non des diagnostics cliniques comparés aux diagnostics anatomiques, ne retenant, pour ce faire, que les affections qualifiées de "maladie principale" ou de "cause de mort", nous avons été amené à définir 11 catégories d'autopsies qui en expriment les divers apports ou carences (Tableau 1). Pour permettre l'attribution d'une autopsie à l'une ou l'autre de ces catégories, il nous a fallu, tout d'abord, situer le cas comme étant soit *cliniquement clair,* soit *cliniquement peu clair.* A notre sens, la situation clinique est claire lorsque le médecin traitant connaît, si ce n'est avec certitude, du moins avec grande probabilité, une ou plusieurs affections majeures susceptibles d'expliquer la quasi-totalité du tableau clinique. Tous les autres cas sont considérés comme peu clairs.

Dans les paragraphes suivants, nous nous appliquons à définir et à illustrer, point par point, chacune de nos 11 catégories.

A) Situation clinique claire

1) L'autopsie *confirme* la clinique lorsque la concordance entre les diagnostics cliniques, qualifiés de certains, et anatomo-pathologiques est totale.

Exemple: cas No 250: Homme de 61 ans, ancien hypertendu, hospitalisé depuis 13 jours pour un infarctus aigu du myocarde et dont le décès est attribué cliniquement à une rupture du septum interventriculaire, prouvée par des mesures de pressions endocavitaires. L'autopsie confirme l'infarctus ainsi que la rupture du myocarde. Aucune autre lésion, digne d'intérêt, n'est découverte.

2) L'autopsie *précise* la clinique lorsque, soit elle complète un diagnostic clinique certain de quelques informations intéressantes y relatives, soit elle confirme un diagnostic considéré comme "probable" ou "possible".

Exemple: cas No 626: Homme de 69 ans, éthylique, admis à l'hôpital pour un cirrhose hépatique décompensée et chez lequel on suspecte, sur la fois d'un examen scintigraphique, un carcinome du foie que l'on ne peut, toutefois, pas prouver. L'autopsie confirme et la cirrhose et l'hépatome. Elle découvre, en outre, une métastase pulmonaire.

3) L'autopsie *ajoute* si, tout en confirmant ou en précisant certains diagnostics cliniques, elle découvre, en outre, une ou plusieurs lésions importantes auxquelles le médecin traitant n'avait pas pensé ou qu'il avait exclues.

Exemple: cas No 44: Homme de 75 ans, hypertendu, hospitalisé pour un ramollissement cérébral. Le tableau se complique, quelques jours plus tard, d'une bronchopneumonie dont le patient décède. L'autopsie confirme le ramollissement cérébral et la bronchopneumonie. Elle découvre, en outre, une méningite purulente.

4) On dira que l'autopsie *infirme* la clinique lorsqu'elle permet d'affirmer qu'un ou plusieurs diagnostics cliniques importants sont erronés, sans cependant qu'elle mette en évidence une ou des lésions susceptibes d'expliquer la symptomatologie.

Exemple: cas No 647: Femme de 77 ans connue depuis plusieurs années comme insuffisante cardiaque et hospitalisée essentiellement pour des raisons sociales. Deux mois après l'admission, alors qu'elle venait de se lever, elle chute brusquement, se cyanose et décède en quelques minutes. On attribue ce décès subit à une forte probable embolie pulmonaire massive. On ne trouve à l'autopsie que des signes d'insuffisance cardiaque. On ne signale pas d'embolie pulmonaire ni d'autre lésion susceptible d'expliquer cette mort rapide.

5) L'autopsie *rectifie* la clinique quand au(x) diagnostic(s) infirmé(s), elle substitue un ou des autres suceptibles d'expliquer entièrement la symptomatologie.

Exemple: cas No 225: Homme de 60 ans, emphysémateux, ancien tuberculeux, souffrant d'une insuffisance cardiaque droite chronique. Il est hospitalisé pour un décompensation respiratoire accompagnée d'un infiltrat pulmonaire. Son décès, 12 jours après l'admission, est attribué à une bronchopneumonie. L'autopsie, par contre, si elle confirme l'emphysème et le coeur pulmonaire chronique, ne met pas en évidence de bronchopneumonie, mais montre de multiples embolies pulmonaires accompagnées d'un infarctus pulmonaire étendu.

6) L'autopsie est considérée comme étant *inférieure* à la clinique lorsque, sans pour autant les infirmer, elle n'est pas en mesure de confirmer un ou plusieurs diagnostics cliniques considérés comme importants.

Exemple: cas No 29: Un homme de 63 ans, dans l'anamnèse duquel on relève, quelques années auparavant, un infarctus du myocarde, est hospitalisé pour une fort probable récidive d'ischémie myocardique. Il meurt 40 minutes après son admission d'un oedème pulmonaire. L'autopsie confirme l'oedème pulmonaire, de même que l'ancien infarctus. Par contre, aucun foyer de nécrose myocardique fraîche, en raison vraisemblablement de la rapidité de l'évolution clinique, n'a pu être décelé par le pathologiste.

7) Dans certains rares cas, pour éviter un jugement trop arbitraire, particulièrement lorsque plusieurs maladies sont intriquées et que les unes sont confirmées et que les autres sont soit "infirmées", soit "non retrouvées", nous avons renoncé à établir une corrélation anatomo-clinique et avons créé une classe à part d'autopsies dites *"inclassables"*.

Exemple: cas No 693: Une patiente de 81 ans, artérioscléreuse, décède quelques heures après son admission en clinique d'une ischémie aiguë du myocarde très probable. L'autopsie ne met en évidence qu'un ancien infarctus du myocarde, accompagné de divers signes d'insuffisance cardiaque gauche aiguë. Aucun foyer de nécrose ischémique récents du myocarde ne peut être démontré. Le pathologiste découvre, par ailleurs, dans divers organes, de nombreux granulomes tuberculoïdes suggérant le diagnostic de sarcoïdose.

Par certains aspects, cette autopsie serait donc à cataloguer comme "inférieure" à la clinique (ischémie aiguë du myocarde non retrouvée) et par d'autres (découverte d'un BBS) comme une autopsie complétant la clinique (catégorie "ajoute"). Ne pouvant trancher entre ces deux catégories, nous avons renoncé à établir une corrélation anatomo-clinique.

Tableau 1. *Corrélation anatomo-clinique.*
Présentation schématique du système de classification.

CLINIQUE	*AUTOPSIE*
A) SITUATION CLAIRE	1) CONFIRME 2) PRECISE 3) AJOUTE 4) INFIRME 5) RECTIFIE 6) EST INFERIEURE 7) EST INCLASSABLE
B) SITUATION PEU CLAIRE	8) EXPLIQUE TOTALEMENT 9) EXPLIQUE PARTIELLEMENT 10) N'EXPLIQUE PAS 11) EST INCLASSABLE

B) Situation clinique peu claire

8) Une autopsie *explique totalement* une situation clinique considérée comme peu claire, lorsqu'elle permet de découvrir une ou plusieurs lésions susceptibles d'éclairer entièrement le tableau clinique.

Exemples: cas No 15: Homme de 75 ans admis pour un abdomen aigu dont l'originie demeure inexpliquée. Il décède quelques heures après l'admission. L'autopsie découvre un lymphome malin avec perforation gastrique sur infiltration tumorale.

cas No 82: Patiente de 71 ans, diabétique, hypertendue, en mauvais état général, chez laquelle on palpe une masse abdominale de nature indéterminée. Elle décède après 15 jours d'hospitalisation d'une bronchopneumonie, compliquée, terminalement, d'une embolie pulmonaire. L'autopsie, non seulement confirme la bronchopneumonie ainsi que l'embolie pulmonaire fatale, mais encore découvre un volumineux abcès froid tuberculeux rétropéripéritonéal, associé à une tuberculose milaire, avec, notamment, une méningite tuberculeuse.

9) L'autopsie *n'explique* que *partiellement* une situation clinique peu claire, quand elle n'est pas à même de répondre à tous les problèmes soulevés par le clinicien, mais à une partie d'entre eux seulement.

Exemple: cas No 31: Patiente de 58 ans qui séjourne 5 jours à l'hôpital pour une pancytopénie d'origine inexpliquée, compliquée d'un choc septique à Escherichia Coli (hémocultures positives). L'autopsie objective la pancytopénie sous la forme d'une atrophie de la moelle osseuse touchant toutes les lignées, mais sans en élucider la cause. Aucun foyer infectieux, ni aucun signe indirect d'infection, ne sont décelés. Par contre, dans le cadre d'une diathèse hémorragique, l'autopsie découvre une hémorragie cérébrale, cause immédiate du décès. La maladie principale reste donc inexpliquée.

10) L'autopsie *n'explique pas:* la situation reste aussi confuse après l'examen nécrospique qu'avant.

Exemple: cas No 641: Patient de 56 ans, atteint d'une cirrhose éthylique, admis pour décompensation hépatique après hémorragie digestive haute. Grâce à une thérapeutique énergique l'état du malade s'améliore progressivement. On prévoit son départ en convalescence, quand il meurt brusquement au 19ème jour de son hospitalisation, sans signe d'hémorragie digestive. L'autopsie confirme la cirrhose hépatique avec hypertension portale accompagnée de quelques litres d'ascite. Aucune cause immédiate du décès ne peut être décelée.

11) Comme nous l'avons déjà fait précédemment (cf chiffre 7) dans les cas cliniquements clairs, nous avons dû, ici aussi, quelquefois renoncer à établir une corrélation anatomo-clinique pour éviter un jugement trop arbitraire. Comme plus haut, ces autopsies sont dites *inclassables.*

Exemple: cas No 276: Un homme de 60 ans est hospitalisé pour des troubles du caractère et de l'équilibre. Sa température corporelle oscille entre 38 et 39° C. Une ponction lombaire montre une pléïocytose à prédominance lymphocytaire. Le clinicien évoque la possibilité d'une tumeur cérébrale ou, éventuellement, d'une méningite virale. Le patient décède après 7 jours d'hospitalisation sans diagnostic précis. Ce n'est que quelques jours plus tard, après l'autopsie, que parviennent les résultats d'un examen bactériologique du liquide céphalorachidien qui a permis de déceler la présence de

bacilles de Koch. A l'autopsie, nous avions effectivement trouvé une méningite tuberculeuse ainsi qu'une tuberculose pulmonaire floride.
Fallait-il considérer cette tuberculose comme une découverte d'autopsie, puisqu'elle était ignorée au moment du décès du patient? Ou fallait-il y voir la confirmation d'un diagnostic clinique qui aurait certainement été posé si le résultat de l'examen bactériologique était arrivé plus tôt? Nous n'avons pas voulu trancher et, pour cette raison, avons renoncé à établir une corrélation anatomo-clinique.

Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, la corrélation anatomo-clinique a été établie en ne tenant compte que des lésions jugées importantes et symptomatiques, soit celles que nous avons définies comme étant des "maladies principales" ou des "causes immédiates du décès". C'est pourquoi, pour tenter de quantifier également l'apport de l'autopsie dans des affections mineures, nous avons créé une rubrique qui nous permettait de dire si oui ou non elle apportait *des renseignements annexes intéressants,* comme, par exemple, la découverte d'un microcarcinome de la prostate, d'une cirrhose du foie asymptomatique, d'un ancien infarctus du myocarde, etc.

Nos fiches standardisées ont été ensuite transcrites en code et programmées en vue d'une analyse par ordinateur par les soins du département de statistique médicale et d'informatique de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne *. Les maladies ont été codées selon le système mis en vigueur par l'OMS dans la huitième révision de la liste internationale des maladies (34). Pour l'abord de certaines maladies bien définies, l'analyse obtenue par ordinateur a dû être complétée d'un dépouillement manuel de nos protocoles, le système de code OMS se prêtant mal, parfois, à exprimer certaines nuances. Puis, si nécessaire, les résultats ont été testés statistiquement. Les tests les plus souvent utilisés ont été ceux du "Chi carré" et de l'"écart réduit". Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %.

* Nous tenons à remercier ici Monsieur le Professeur A. Delachaux, directeur de l'Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, et Mademoiselle E. M. Brooke, statisticienne, chef du département de statistique médicale et d'informatique dudit Institut, sans lesquels ce travail n'aurait pu être réalisé. C'est en effet sous leur direction, et avec l'aide de leurs collaborateurs, que la partie statistique de notre étude a été accomplie.

II) RESULTATS

A) Corrélation anatomo-clinique

a) Classification détaillée des autopsies

Les résultats chiffrés, de même que la représentation graphique de la répartition des 930 cas retenus dans cette étude sont exposés dans les figures 1 et 2. La figure 1 exprime la répartition des divers catégories d'autopsie sur l'ensemble du collectif. Dans la figure 2 sont exposés séparément les cas considérés comme cliniquement clairs et peu clairs.

Il faut remarquer que la situation clinique a été estimée claire dans 3/4 des cas environ et que, parmi ceux-ci, l'identité de vue a été complète (cat. "confirme") entre la clinique et la pathologie dans un peu plus du 1/3 des cas et quasi complète dans 2/3 des cas environ (cat. "confirme" + "précise"). Quand l'autopsie apporte un élément nouveau important (cat. "ajoute", "infirme", "rectifie" = 30,8 % des cas) c'est deux fois sur trois en complétant la clinique par la découverte inattendue d'une ou plusieurs lésions; ce n'est que dans 10 % des cas environ que l'autopsie infirme ou rectifie la clinique. Remarquons encore que, dans le cadre d'une situation clinique claire, une fois sur vingt environ, l'autopsie a été considérée comme "inférieure" et donc de peu d'utilité. Il s'agissait, le plus souvent, de maladies métaboliques ou d'atteintes ischémiques aiguës du myocarde.

Si le groupe des "situations cliniques peu claires" peut paraître, à première vue, relativement important (1/4 des cas environ), il faut se souvenir ici de l'assez faible proportion (41 %) d'autopsies par rapport au nombre global de décès dans le service d'où provient notre collectif, ce qui correspond de facto à une certaine sélection des cas difficiles. Nous constatons ainsi que, lorsque la clinique est demeurée peu claire, l'autopsie peut apporter la clef du problème deux fois sur trois, mais que, par contre, le mystère demeure entier ou partiel dans respectivements 15 % et 20 % des cas.

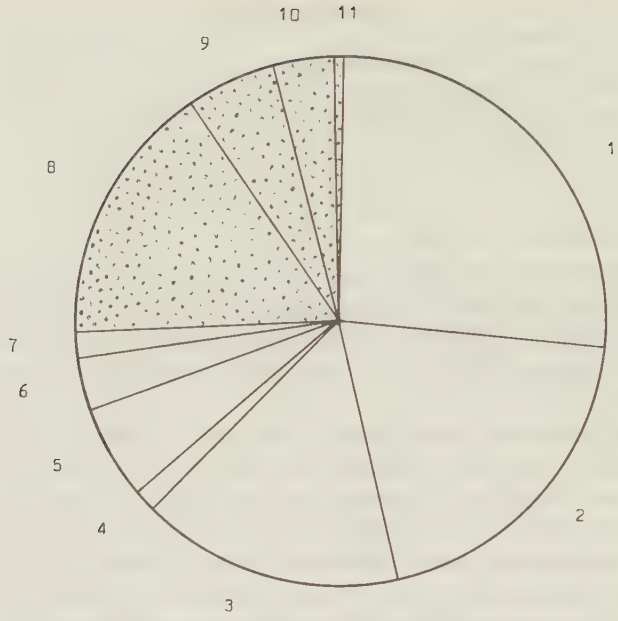


Figure 1. *Corrélation anatomo-clinique. Présentation détaillée des résultats.*

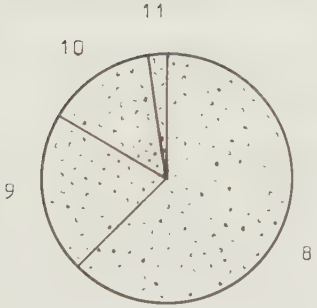
Légende:

		Nombre de cas	%
A. Situation clinique claire		688	74 %
L'autopsie:	1) confirme	247	26,6 %
	2) précise	182	19,6 %
	3) ajoute	147	15,8 %
	4) infirme	12	1,3 %
	5) rectifie	53	5,7 %
	6) est inférieure	32	3,4 %
	7) est inclassable	15	1,6 %
B. Situation clinique peu claire		242	26 %
L'autopsie:	8) explique totalement	151	16,2 %
	9) explique partiellement	51	5,5 %
	10) n'explique pas	35	3,8 %
	11) est inclassable	5	0,5 %
Total		930	100 %

Légende:

A. Situation clinique claire

L'autopsie:	*Nombre de cas*	*%*
1) confirme	247	35,9 %
2) précise	182	26,5 %
3) ajoute	147	21,3 %
4) infirme	12	1,8 %
5) rectifie	53	7,7 %
6) est inférieure	32	4,6 %
7) est inclassable	15	2,2 %
total	688	100 %



B. Situation clinique peu claire

L'autopsie:	*Nombre de cas*	*%*
8) explique totalement	151	62,4 %
9) explique partiellement	51	21,1 %
10) n'explique pas	35	14,6 %
11) est inclassable	5	1,9 %
total	242	100 %

Figure 2. *Corrélation anatomo-clinique.*
Résultats présentés séparément pour les cas cliniquement clairs et cliniquement peu clairs.

b) Classification simplifiée des autopsies

Dans un souci de simplification et de synthèse, nous avons procédé à un regroupement, logique à notre sens, de certaines catégories définies plus haut et avons établi, ainsi, une classification simplifiée, en quatre catégories (Tableau 2):

Tableau 2. *Corrélation anatomo-clinique.*
Passage de la classification détaillée des autopsies à la classification simplifiée.

CLASSIFICATION SIMPLIFIEE	CLASSIFICATION DETAILLEE
I) "Succès clinique"	autopsie confirme autopsie précise autopsie inférieure
II) "Insuccès clinique" expliqué par l'autopsie	autopsie ajoute autopsie rectifie autopsie explique totalement
III) "Insuccès clinique" non ou mal expliqué par l'autopsie	autopsie infirme autopsie explique partiellement autopsie n'explique pas
IV) Inclassable	autopsie est inclassable (situation clinique claire ou peu claire)

C'est ainsi que le *groupe I* que l'on pourrait appeler *"succès clinique"* réunit les catégories "confirme", "précise" et "est inférieure". On peut, en effet, admettre que les autopsies dites "inférieures" confirment implicitement la clinique.

Le *groupe II,* baptisé *"insuccès clinique expliqué par l'autopsie",* réunit les catégories "ajoute", "rectifie" et "explique totalement". Il renferme donc l'ensemble des cas où une erreur clinique, par addition ou par omission, a été constatée à l'autopsie qui, en outre, est à même de fournir une explication satisfaisante à l'ensemble du tableau clinique.

L'addition des catégories "infirme", "explique partiellement" et "n'explique pas" forme le *groupe III,* dit *"insuccès clinique non ou mal expliqué par l'autopsie".* En effet, pour aucun de ces cas, l'autopsie n'a pu déceler de lésions suffisantes pour expliquer, de manière convaincante, la symptomatologie clinique.

Enfin le *groupe IV* réunit tous les cas où nous avons renoncé à établir une corrélation anatomo-clinique et constitue le groupe dit *"inclassable"*. Il représente 2,1 % de notre collectif.

Les résultats sont exposés selon ce nouveau système de classification dans la figure 3. Nous constatons que, si la catégorie dite de "succès clinique" compte environ 50 % des cas, un apport important de l'autopsie a pu être objectivé dans près de 38 % des cas. Il faut cependant remarquer que l'importance des découvertes anatomiques est très variable. Il est, en effet, d'un intérêt très théorique de découvrir une maladie, certes importante, mais incurable plutôt qu'une affection qui, si elle avait été connue du vivant du patient, aurait peut-être été guérie. Notre étude ne nous permet guère de différencier ces deux types de découvertes. Nous donnons toutefois, à titre indicatif, une estimation très grossière effectuée en notant, pour chaque cas du groupe dit des "insuccès cliniques expliqués par l'autopsie", si de notre point de vue de pathologiste, la thérapeutique aurait été sensiblement différente. Sur cette base, nous avons estimé que, pour un tiers environ des patients de ce groupe, le traitement, au vu des résultats de l'autopsie, aurait été différent, ce qui d'ailleurs ne préjuge en rien d'une éventuelle guérison.

Remarquons encore que, malgré l'autopsie, une fois sur dix environ, un problème clinique majeur demeure mal ou pas du tout expliqué.

D'autre part, indépendamment des diverses catégories établies plus haut, nous avons estimé que dans 71,4 % des cas l'autopsie apportait des renseignements annexes intéressants en découvrant des lésions de peu d'importance clinique au moment du décès du patient, mais qui conservent, néanmoins, un intérêt épidémiologique et nosologique.

c) Quelques exemples concrets

Pour concrétiser et illustrer les résultats, quelque peu abstraits, que nous venons de présenter, il nous a paru intéressant de dresser une liste représentative, mais non exhaustive, des différentes maladies le plus souvent découvertes, infirmées ou non retrouvées à l'autopsie *.

* Pour une étude plus complète de la corrélation anatomo-clinique dans certaines maladies particulières, nous vous renvoyons aux thèses de Ph. Haldy (32) et P.-Y. Chamot (33).

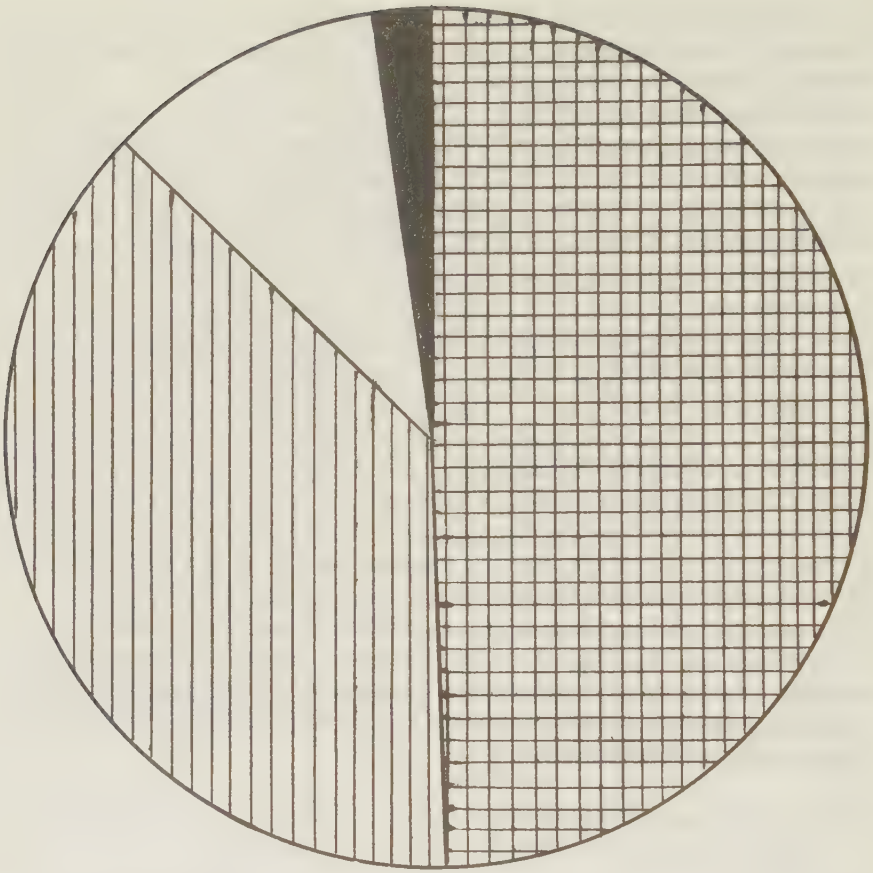


Figure 3: *Corrélation anatomo-clinique.*
Présentation simplifiée des résultats.

Légende:

			Nombre de cas	%
▦	I.	"succès clinique"	461	49,6 %
▥	II.	"insuccès clinique" expliqué par l'autopsie	351	37,7 %
□	III.	"insuccès clinique" mal ou non expliqué par l'autopsie	98	10,6 %
■	IV.	inclassable	20	2,1 %
		Total	930	100 %

Parmi les affections *importantes* (c'est-à-dire considérées comme cause de mort ou maladie principale) *découvertes* à l'autopsie, il faut relever principalement:

- embolies pulmonaires 89
- tumeurs malignes 63 (dont 28 étaient suspectées cliniquement, mais dont la localisation était inexacte)
- bronchopneumonies 59
- infarctus récents du myocarde 34
- ulcères gastriques ou duodénaux compliqués d'hémorragie digestive ou de perforation 25
- ramollissements cérébraux récents 16*
- hémorragies cérébrales 13*
- endocardites bactériennes 9
- cirrhoses hépatiques 6
- tuberculoses 5
- mycoses 5

Parmi les affections importantes *infirmées* par l'autopsie, nous avons voulu différencier celles dont le diagnostic clinique était considéré comme certain ou du moins très probable de celles dont le diagnostic n'était évoqué que comme un possibilité parmi d'autres. C'est ainsi que, dans l'énumération des maladies infirmées, les chiffres indiqués en tête représentent le nombre de diagnostics certains ou probables infirmés, alors que les chiffres indiqués entre parenthèses correspondent aux diagnostics cliniques dits "possibles":

- bronchopneumonies 30 (4)
- tumeurs malignes 20 (41) dans 11 (10) de ces cas, une tumeur maligne a été constatée à l'autopsie, mais son siège primaire ne correspondait pas à celui indiqué par la clinique)
- embolies pulmonaires 18 (37)
- ramollissements cérébraux récents 16 (6)*
- hémorragies cérébrales 9 (6)*
- cirrhoses hépatiques 9 (4)
- infarctus récents du myocarde 4 (13)

* Le nombre relativement élevé d'erreurs par omission ou par addition tant pour les hémorragies que pour les ramollissements cérébraux est imputable au fait que nous avons considéré comme une erreur la confusion de ces deux diagnostics.

Quant aux maladies considérées comme *non retrouvées* à l'autopsie, on compte, parmi elles, essentiellement:

- ischémies aiguës du myocarde 30 (dont 12 n'étaient considérées cliniquement que comme "possibles")
- diabètes graves 10
- sepsis 7
- intoxications aiguës diverses 6
- goutte 1
- tétanos 1

Sur le plan des *maladies* dites *"annexes" découvertes* à l'autopsie, les plus fréquentes ont été:

- cystites 189 (dont la plupart sur sonde urinaire)
- cholélithiases 171
- petits foyers de bronchopneumonie 91
- anciens infarctus du myocarde 90
- tumeurs bénignes 60
- embolies pulmonaires mineures 38
- ulcères gastriques ou duodénaux sans complications 35
- anciens accidents vasculaires cérébraux 32
- cirrhoses hépatiques 20
- tumeurs malignes asymptomatiques 15
- tuberculoses localisées peu actives 7

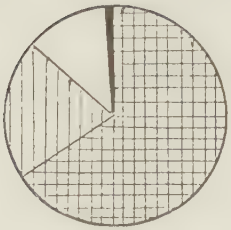
B) Corrélation anatomo-clinique en fonction de divers paramètres

Il nous a paru intéressant d'évaluer la corrélation anatomo-clinique en tenant compte de divers paramètres tels que:

- l'*âge* du patient au moment du décès;
- le *mois* du décès;
- l'*année* du décès;
- la *durée du dernier séjour* hospitalier;
- le *nombre de séjours* hospitaliers antérieurs;
- le *délai* écoulé *entre le décès et l'autopsie;*
- l'*état général* du patient au moment de l'admission en clinique, apprecié selon une cotation chiffrée, variant de 1, pour les patients en bon état général, à 4 pour les patients en état général catastrophique;
- le *"corrélateur":* le dépouillement des dossiers ayant été réparti entre trois personnes, il nous a paru utile d'évaluer les résultats de la corrélation anatomo-clinique séparément pour ces trois collectifs.

Parmi ces divers facteurs, le seul pour lequel nous avons pu démontrer un rôle significatif est l'âge des patients. En effet, si l'on subdivise notre collectif en trois classes, soit les patients âgés de 49 ans et moins (13,8 % de notre collectif), les patients âgés de 50 à 74 ans (51 % de notre collectif) et les patients âgés de 75 ans et plus (27,1 % de notre collectif), on peut observer (Figure 4) que la proportion de "succès cliniques" (catégorie I) diminue nettement avec l'âge, puisqu'elle passe de 65,6 % en dessous de 49 ans à 50,9 % de 50 à 74 ans, et à 38,5 % en dessus de 75 ans ($p < 0{,}001$). La relation inverse se vérifie pour la proportion d'"insuccès cliniques expliqués par l'autopsie" (catégorie II). Les catégories III et IV ne varient guère avec l'âge.

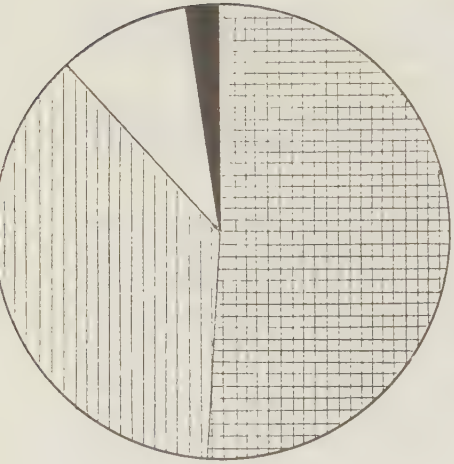
Aucune relation intéressante et statistiquement significative n'a pu être dégagée de l'étude de la corrélation anatomo-clinique en fonction des divers autres paramètres cités plus haut.



Légende:

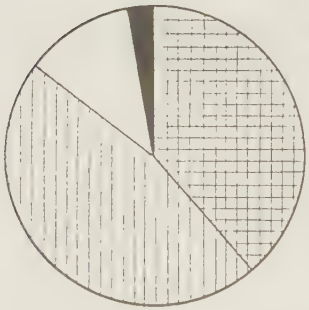
Patients âgés de 14 à 49 ans

	Catégories	Nbre	%
I.	"succès clinique"	84	65,6 %
II.	"insuccès clinique" expliqué par l'autopsie	27	21,1 %
III.	"insuccès clinique" mal ou non expliqué par l'autopsie	16	12,5 %
IV.	inclassable	1	0,8 %
	Total	128	100 %



Patients âgés de 50 à 74 ans

	Catégories	Nbre	%
I.	"succès clinique"	280	50,9 %
II.	"insuccès clinique" expliqué par l'autopsie	206	37,5 %
III.	"insuccès clinique" mal ou non expliqué par l'autopsie	52	9,4 %
IV.	inclassable	12	2,2 %
	Total	550	100 %



Patients âgés de 75 à 95 ans

	Catégories	Nbre	%
I.	"succès clinique"	97	38,5 %
II.	"insuccès clinique" expliqué par l'autopsie	118	46,8 %
III.	"insuccès clinique" mal ou non expliqué par l'autopsie	30	11,9 %
IV.	inclassable	7	2,8 %
	Total	252	100 %

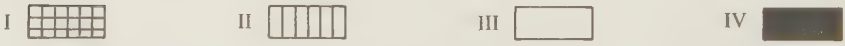


Figure 4: *Corrélation anatomo-clinique en fonction de l'âge.*

III) RESUME ET DISCUSSION DE LA LITTERATURE

A) Corrélation anatomo-clinique

Les quelques travaux (35–50) traitant de la corrélation anatomo-clinique sont fort différents les uns des autres et, par là, difficilement comparables. Les raisons en sont, tout d'abord, la grande diversité des méthodes utilisées (pour autant qu'elles soient décrites) et, ensuite, la disparité des objectifs poursuivis; certains auteurs, comme nous d'ailleurs, cherchent à évaluer et à quantifier les apports de l'autopsie, d'autres tentent d'apprécier la validité des statistiques épidémiologiques basées sur des renseignements cliniques seuls comparées à celles fondées sur des rapports d'autopsie. Dans les quelques paragraphes suivants nous énumérons, avec plus de détails, les principales difficultés rendant la comparaison avec les données de la littérature très problématique:

- Les périodes étudiées dans les divers travaux varient considérablement (1918 1974). En un demi-siècle les problèmes diagnostiques et thérapeutiques se sont considérablement modifiés, en raison des progrès constants de la science et des techniques médicales. D'autre part, la forte diminution des maladies infectieuses, le vieillissement de la population, ainsi que divers autres facteurs qu'il serait fastidieux d'énumérer ici, ont conduit à une modification considérable de l'épidémiologie actuelle comparée à celle du début du siècle.
- Dans les divers travaux précités, les collectifs étudiés varient, tant par leur importance numérique que par leur nature: dans certains cas, les patients étaient, comme chez nous, hospitalités dans un service de médecine interne; alors que d'autres fois, la population étudiée était celle d'un hôpital général, voire même, dans un cas, celle d'une population entière. D'autre part, la proportion d'autopsies par rapport au nombre de décès varie fortement d'une étude à l'autre, ce qui implique pour les travaux où cette proportion est faible une certaine sélection des cas, qu'elle soit de principe ou de facto.
- Les sources de renseignements cliniques sont également fort diverses: certains auteurs se fondent sur des dossiers cliniques, d'autres sur des certificats de décès qui sont, par nature, des documents peu détaillés et peu nuancés, où ne figurent, en général, qu'un ou deux diagnostics cliniques; d'autres auteurs, plus rares, ont établi la corrélation anatomo-clinique en collaboration étroite avec le médecin traitant; dans un travail, on a étudié la qualité de la corrélation anatomo-clinique dans les "Weekly Clinicopathological Exercises" (CPC) du Massachussetts General Hospital et démontré que, pour diverses raisons analysées en détail, la proportion de diagnostics cliniques corrects n'avait cessé de diminuer de 1922 à 1962 (48).

Tableau 3. *Corrélation anatomo-clinique dans la littérature.*

Auteurs	Année(s) étudiée(s)	Nbre total de cas	Nbre de cas retenus	Etude prospective = P Etude retrospective = R	Source d'information: certificat décès = CD dossier clinique = D clinicien = C CPC (Massachusset hosp.)	Collectif: hôpital général = G service médecine = M population de toute une région = P	Proportion d'autopsies p. r. aux décès	Proportion d'autopsies "confirmant" la clinique
H. T. Karsner[35] USA 1919	1918 (?)	600	600	R	?	G	15–18 % (?)	40 %
O. Swartout[36] USA 1934	1923–1933	2 400	1 805	R	CD (?)	G	40 %	89,5 %
O. Swartout[37] USA 1940	1933–1937	8 080	8 080	R	CD (?)	G	40 %	79 %
I. Wallgreen[38] 38 Fin 1945	1934–1939	1 000	1 000	R	D	G	? (bas)	51 %
W. Munck[30] Dan 1952	1945 (?)–1950	1 000	1 000	R	D	G	env. 78 %	79,7 %
W. Borris[39] All. Est 1952	1949– ?	1 078	1 078	R	?	?	env. 50 %	66,6 %
G. James[40] USA 1955	1951–1952	1 889	1 889	R	CD	G	env. 59 %	52,2 %
R. H. Gruver[41] USA 1957	1947–1953	1 106	1 106	R	D	G (armée)	76,2 %	94 %

A. Otterland[42] Suède	1964	1960	335	327	R	CD	G	98 %	72 %
L. Justin[29] France	1963	1958–1961	1 000	1 000	R	C	M	87,6 %	63,1%*
G. Landes[43] All. Ouest	1966	1954–1964	1 132	1 132	R	D	M	env. 50 %	52,5 %*
R. R. Wilson[44] Angl.	1966	1958	272	265	R	D	G	env. 53 %	53 %
W. Lachmann[45] All. Est	1970	1961–1967	4 315	4 315	R	?	M	96,6 %	44,9 %
N. Schultz[46] All. Est	1970	1967	4 700	4 700	R	CD	P	?	47,8 %
W. Holler[47] USA	1970	?	212	200**	R	D	M	env. 50 %	76 %
A. R. Feinstein[48] USA	1971	1922	159	149	R	CPC	G	–	71 %
		1942	105	50	R	CPC	G	–	48 %
		1962	86	35	R	CPC	G	–	40 %
B. Elsner[49] Argent.	1971	1963–1969	530	530	R	D	G (?)	?	81 %
M. Britton[50] Suède	1971	1970–1971	383	383	P	C	M	96 %	57 %
Présente étude	1975	1969–1973	1 000	930	R	D	M	41,2 %	55,5 %

* chiffres calculés par nos soins.

- Les autopsies n'ont pas toujours été complètes; les prélèvements histologiques sont parfois rares ou inexistants, ou encore limitées aux seules lésions décelées macroscopiquement.
- Pour certaines études, on ne sait, avec précision, quels sont les diagnostics retenus pour la corrélation anatomo-clinique. Considère-t-on, pour ce faire, une ou plusieurs maladies? Ne retient-on que les maladies principales? Que les causes immédiates du décès? Est-il tenu compte des maladies annexes?
- Quant à l'appréciation de la corrélation anatomo-clinique, chaque étude utilisie des critères de jugement différents. Les diverses catégories qui y sont définies ne peuvent donc se superposer facilement. Certains, par exemple, parlent d'erreurs cliniques majeures ou mineures, d'autres de diganostics 100% justes, ± justes, ± faux, d'autres encore d'erreurs sur la nature et d'erreurs sur la localisation. . .
- Soulignons, pour terminer, qu'une seule étude est prospective (50), alors que toutes les autres sont rétrospectives.

Il est donc parfaitement illusoire de vouloir comparer, point par point, les divers travaux traitant de la corrélation anatomo-clinique. Aussi, ce n'est qu'à titre indicatif que nous en avons résumé les principales données dans le tableau 3. Pour tenter, tout de même, de situer approximativement la qualité de la corrélation anatomo-clinique dans les diverses études, il nous a fallu trouver, pour chaque cas, une catégorie y définie qui soit comparable à celle des autres travaux. Il nous est apparu que la seule classe utilisable était une classe que l'on pourrait baptiser "autopsie confirme la clinique au sens large" et qui réunit, en fait, tous les cas où aucune erreur clinique majeure n'a pu être objectivée par l'autopsie. Dans le présent travail, cette classe est formée de l'ensemble de notre collectif auquel nous avons soustrait les catégories dites "ajoute", "infirme", "rectifie", "explique totalement" et "explique partiellement". Ainsi, dans notre travail, la catégorie dite "confirme la clinique au sens large" représente 55,5 % de notre collectif. C'est ce chiffre que nous retenons comme point de comparaison avec les diverses données de la littérature (Tableau 3).

Compte tenu des diverses raisons émises plus haut, ainsi que de la grande disparité des résultats publiés dans la littérature traitant de la corrélation anatomo-clinique, il ne nous est guère possible de situer précisément notre travail. Remarquons toutefois que notre chiffre de 55,5 % de diagnostics cliniques confirmés est très voisin de celui (57 %) avancé dans l'étude la plus récente (50) dont la méthodologie est, par certains aspects, très proche de la nôtre.

B) Corrélation anatomo-clinique en fonction de divers paramètres

Rappelons que dans l'étude de la corrélation anatomo-clinique en fonction de divers paramètres, une seule tendance statistiquement significative a pu être dégagée, soit la moins bonne corrélation entre la clinique et l'autopsie quand l'âge des patients augmente. D'autres travaux citent une relation analogue:

Pour Mona Britton (50), par exemple, les diagnostics cliniques se révèlent erronés chez 15 % des patients âgés de moins de 70 ans et chez 34 % des patients âgés de plus de 70 ans. W. Lachmann (45) trouve une bonne concordance anatomo-clinique chez plus de 72 % de ses patients dont l'âge est inférieur à 50 ans et chez moins de 50 % de ses patients de plus de 70 ans. Entre 50 et 70 ans, la concordance se situe aux environs de 60 %. Il précise, en outre, que chez les malades de plus de 70 ans, les erreurs concernent essentiellement la cause immédiate du décès (embolie pulmonaire, bronchopneumonie . . .), alors que chez ceux âgés de 60 à 70 ans, elles concernent avant tout les maladies dites "principales" (surtout carcinomes non diagnostiqués). Thierbach (51) démontre, lui aussi, une diminution de la concordance anatomo-clinique avec l'âge.

L'influence de l'âge sur la qualité de la corrélation anatomo-clinique ne nous surprend d'ailleurs guère que par son ampleur; pour tenter de l'expliquer, on peut évoquer divers facteurs: 1) la polypathologie, fréquente chez le vieillard, peut rendre certains diagnostics difficiles, lorsque les symptômes de plusieurs maladies sont mêlés et se superposent; 2) il est bien connu que, chez les personnes âgées, des affections, parfois fort symptomatiques chez les jeunes, peuvent évoluer à bas bruit; 3) l'acharnement diagnostique et thérapeutique est certainement et naturellement moindre pour des patients âgés que pour des jeunes.

Quant aux divers autres paramètres, en fonction desquels d'ailleurs nous n'avons pas décelé de variation significative de la corrélation anatomo-clinique, la littérature n'est que peu fournie. Nous n'avons, en effet, trouvé de références que pour deux d'entre eux, soit la durée du séjour hospitalier et le mois du décès; nous limiterons donc notre discussion à ces deux thèmes particuliers.

1) On peut de prime abord être surpris de ne pouvoir objectiver davantage d'"insuccès" dans les courts que dans les longs séjours; toutefois, ce phénomène est plus aisément compréhensible si l'on considère le fait que, parmi les patients dont le séjour hospitalier a été très court, plusieurs étaient atteints d'un infarctus du myocarde, d'un coma métabolique ou encore d'une intoxication aiguë, affections qui sont toutes relativement facilement diagnostiquées cliniquement. Quant aux patients qui ont séjourné plus longtemps en milieu hospitalier, il faut se souvenir que, parfois, la longueur due séjour est motivée précisément par la difficulté des problèmes de diagnostic et que, d'autre fois, chez des patients chez lesquels on connaît déjà l'existence d'une maladie grave ou invalidante, l'apparition d'un nouveau

symptôme sera plus facilement attribué à la maladie de base déjà connue qu'à une affection intercurrente à laquelle on ne songe guère.

Nos constatations correspondent mal aux données indiquées par la littérature; en effet, pour tous les auteurs consultés, sauf un, il existe une relation directe entre la qualité du diagnostic clinique et la durée du séjour hospitalier. C'est notamment le cas pour W. Lachmann (45) qui montre une légère amélioration de la concordance du séjour hospitalier. Pour H. O. Swartout (38) la proportion d'erreurs est double chez les patients qui sont demeurés hospitalisés moins de 48 heures que chez les patients qui sont hospitalisé plus longtemps. A. Otterland (42) s'intéresse à la durée moyenne de la thérapeutique et montre que, lorsqu'il y a concordance anatomo-clinique, la durée moyenne des soins est de 37 jours, alors qu'elle n'est que de 27 jours dans les autres cas. R. H. Gruver (41) et W. Munck (30), sans toutefois donner de chiffres précis, remarquant que la proportion d'erreurs de diagnostic est plus élevée dans les courts que dans les longs séjours. Mona Britton (50), dans une excellente enquête prospective, est la seule à aboutir à des conclusions opposées: en effet, pour elle la qualité du diagnostic clinique semble meilleure chez les patients qui sont décédés moins de 72 heures après leur admission que chez ceux qui sont décédés plus tard. Elle ajoute, cependant, que si l'on ne tient pas compte des infarctus aigus du myocarde, aucune relation significative ne peut être établie entre la durée du séjour hospitalier et la concordance anatomo-clinique.

2) Nous n'avons pu observer non plus de variation de la corrélation anatomo-clinique en fonction des divers mois de l'année. R. H. Gruver (41), au contraire, démontre une nette augmentation de la proportion de diagnostics cliniques incorrects pendant les mois de juin et de juillet, correspondant aux périodes de vacances et de mutations du personnel.

IV) DISCUSSION GENERALE

Avant de faire un bilan général de ce travail, il nous faut procéder à quelques réflexions citiques sur la méthode utilisée, dont nous avons conscience qu'elle comporte certaines lacunes et approximations.

Il faut tout d'abord souligner qu'il s'agit d'une étude rétrospective avec tous les inconvénients que cela implique: une étude sur dossier ne se base par définition que sur des documents écrits dont on peut supposer qu'ils ne sont pas toujours un reflet fidèle de la réalité, n'exprimant que très imparfaitement l'"atmosphère" qui entoure chaque problème diagnostique ou thérapeutique. Les subtilités du cheminement diagnostique n'y transparaissent certainement pas exactement. Il est possible en outre que des maladies aient été évoquées, ou fortement suspectées, sans qu'aucune trace écrite n'en persiste, ce qui doit être particulièrement fréquent pour des affections terminales telles que la bronchopneumonie ou l'embolie pulmonaire.

D'autre part, il faut rappeler que seuls 41 % environ des malades décédés dans le service d'où provient notre collectif ont été autopsiés, ce qui représente de facto une sélection des cas difficiles. La proportion des cas peu clairs y est probablement plus élevée que celle qu'on pourrait attendre si l'ensemble des patients décédés était autopsié. Nous pensons cependant avoir, en partie, résolu ce problème en divisant notre collectif en cas cliniquement clairs et cliniquement peu clairs.

En outre, il y a eu pour chaque corrélation anatomo-clinique, une part d'interprétation, donc de subjectivité. Nous croyons en avoir réduit l'importance en définissant strictement nos critères de jugement et en discutant largement nos appréciations de la corrélation anatomo-clinique entre les trois participants à ce travail.

Le but de cette étude n'est pas, il faut le souligner, de porter un jugement de valeur sur le travail de nos confrères cliniciens, mais d'essayer d'évaluer, dans quelle mesure, l'autopsie trouve encore actuellement une justification.

Il importe, tout d'abord de souligner que dans un peu plus de 10 % des cas (catégories "inférieure", "n'explique pas", "explique partiellement") l'autopsie laisse un ou plusieurs problèmes totalement irrésolus. Si dans certains cas ces insuffisances, inhérentes à la nature de la maladie (affection métabolique. . .), ne sont que difficilement remédiables, dans d'autres cas par contre, ces lacunes pourraient être dans une certaine mesure comblées et ce de diverses façons: – meilleure information du pathologiste avant l'autopsie, permettant de prévoir divers prélèvements et examens dirigés; – efforts accrus du pathologiste, cherchant à utiliser des moyens techniques plus raffinés (par exemple: mise au point d'une méthode histochimique permettant de déceler l'ischémie aiguë myocardique; examens bactériologiques dirigés; microscopie électronique; im-

munofluorescence. . .), examens qui ne sont possibles que sur des tissus peu touchés par l'autolyse et qui exigent donc un délai décès-autopsie minimal, certainement plus court que celui observé dans notre étude.

Quant aux aspects positifs de l'autopsie, nous avons démontré plus haut que, lorsque le tableau clinique était peu clair, elle apportait une solution entièrement satisfaisante dans environ 2/3 des cas. De plus, lorsque la situation clinique est considérée comme claire, l'autopsie, dans un peu plus de 30 % des cas, décèle des omissions ou des erreurs de diagnostic. Bien entendu, parmi les découvertes d'autopsie que nous avons estimées importantes, il faut souligner que seule une fraction, certes non négligeable, doit être considérée comme capitale, en fonction de l'ensemble du contexte clinique. Il est naturellement bien différent de découvrir un infarctus aigü du myocarde chez un patient qu'un cancer généralisé condamnait à très brève échéance, que de découvrir par exemple une tuberculose pulmonaire floride chez un patient suspect, cliniquement, d'une bronchopneumonie banale. En effet, si le diagnostic correct avait été connu du vivant du malade, une thérapeutique appropriée eût vraisemblablement permis de sauver l'un, alors qu'elle n'aurait que peu prolongé la survie de l'autre. L'importance relative de ces deux découvertes d'autopsie, citées en exemple, peut donc paraître très différente, si l'on part d'un point de vue purement pratique; toutefois, sur un plan plus abstrait, nous pensons que dans tous les cas il est intéressant de connaître la nature exacte des choses et particulièrement les causes précises des divers symptômes et évènements qui ont intrigué le clinicien et l'ont même, parfois, induit en erreur. L'autopsie permet également d'attirer l'attention sur la fréquence de certaines maladies importances dont la symptomatologie est peu bruyante et peu spécifique et qui, de ce fait, sont souvent non reconnues cliniquement. D'autre part, dans certains cas, par la découverte d'une maladie contagieuse, l'autopsie a un intérêt pratique immédiat et permet aux responsables de la santé publique de prendre des mesures prophylactiques adéquates.

Nous n'insisterons pas ici sur la valeur, d'ailleurs guère contestée, de l'autopsie dans l'enseignement, la recherche, la médecine légale ou l'assécurologie.

Notre but était de démontrer l'utilité de l'anatomie pathologique dans son rôle de vérificateur des diagnostics cliniques et nous pensons, au vu des chiffres cités plus haut, que, aussi bien lorsque le tableau clinique semble évident que lorsque de nombreux problèmes demeurent irrésolus, l'autopsie est encore actuellement justifiée, voire même nécessaire.

Bibliographie

1. Justin-Besançon L., Delavierre Ph: Autopsies systématiques en milieu hospitalier. Sem Hôp Paris 47:1119–1121, 1971.
2. Editorial: Medico-social research board recommends more autopsies and new legislation on death certification. Ir Med J 66:583, 1973.
3. Holzner J. H.: Probleme und Aufgaben der Pathologie in der modernen Medizin. Wien Klin Wochenschr 23:417–421, 1970.
4. Mersen H. H.: The pathologist – the "active conscience of the physician". Hum Pathol 4:298–298, 1973.
5. Gravanis M. B., Riez C. W.: The problem-oriented postmortem examination and record: an educational challenge. Am J Clin Pathol 60:522–535, 1973.
6. Editorial: Autopsy-What, when and why. J SC Med Assoc 69:115–116, 1973.
7. Prutting J.: The autopsy (Letter). JAMA 222:1556–1557, 1972.
8. Prutting J.: The autopsy (Letter). JAMA 224:1295–1296, 1973.
9. Prutting J.: The decline of necropsy (Letter). Lancet 1972, i, p 744–745.
10. Prutting J.: Lack of correlation between antemortem and postmortem diagnosis. NY State J Med 67:2081–2084, 1967.
11. Wheelock, Hernandez: Autopsies (Letters). JAMA 223: 1157–1158, 1973.
12. Editorial: decline of necropsy. Br Med J 1971, ii, p 181.
13. Wilson R. R., Heggin J. F.: Decline of necropsy (Letters). Br Med J, 1971, ii, p 525.
14. Powell B. E. B.: Needless necropsy (Letter). Lancet 1972. i, p 263–264.
15. Hasson J.: The autopsy – The key to the quality control in medical care. NY State J Med 72:2509–2510, 1972.
16. Hasson J.:, Gross H.: The autopsy and quality assessement of medical care. Am J Med 56:137–140, 1974.
17. Forum: A debate on the autopsy: its quality control function in medicine. Hum Pathol 5:605–618, 1974.
18. Schwartz I. S.: The autopsy and the cause of death (Letter). JAMA 229:1286, 1974.
19. Rosenblum W. I.: The importance of the autopsy (Letter). Arch Pathol 98:284, 1974.

20. Brunck H. J.: Bedeutung der klinischen Sektion. Dtsch Med Wochenschr 99:1839, 1974.

21. Editorial: The autopsy: Do we still need it? Chest 57:113–114, 1970.

22. Angrist A.: The new role of the autopsy in the community hospital. Bull NY Acad Med 46:523–531, 1970.

23. Prutting J.: Symposium on medical progress and the postmortem (Introduction). Bull NY Acad Med 44:793–798, 1968.

24. Angrist A.: What remedies for the ailing autopsy? JAMA 193:806–808, 1965.

25. Mc Manus J. F. A.: The autopsy as research. JAMA 193:808–810, 1965.

26. Botrod M. G.: Uses of the autopsy. JAMA 193:810–812, 1965

27. Madden S. C.: How many autopsies? JAMA 193:812–813, 1965.

28. Davidson C. S.: The autopsy in the age of molecular biology. JAMA 193:813–814, 1965.

29. Justin-Besançon L., Chrétien J., Delavierre Ph.: Bilan de 1000 confrontations anatomo-cliniques récentes. Bull Acad Nat Med 147:330–338 1963.

30. Munck W.: Autopsy finding and clinical diagnosis – A comparative study of 1000 cases. Acta Med Scand 266 (suppl): 775–781, 1952.

31. Editorial: What about the autopsy? JAMA 193:828–829, 1965

32. Thèse Ph. Haldy, Lausanne, 1976.

33. Thèse P.-Y. Chamot, Lausanne, 1976.

34. Organisation mondiale de la santé: Classification internationale des maladies. Huitième révision, 1965.

35. Karsner H. T., Rothschild L., Crump E. S.: Clinical diagnosis as compared with necropsy finding (600 cases). JAMA 73:666–669, 1919.

36. Swartout H. O.: Ante mortem and post mortem diagnoses. N Eng J 211:539–542, 1934.

37. Swartout H. O., Webster R. G.: To what degree are mortality statistics dependable? Am J Public Health 30:811–815, 1940.

38. Wallgren I.: Obduktionsfyndet och de Kliniska Diagnoserna. Finska Läkaresälleskapets handlingar 88:1311–1316, 1945.

39. Borris W.: Die Bedeutung der Verwaltungssektion für die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik. Z Ärztl Fortbil (Jena) 46:471–475, 1952.

40. James G., Patton R. E., Helsin A. S.: Accuracy of cause-of-death statements on death certificates. Public Health Rep 70:39–51, 1955.

41. Gruver R. H., Freis E. D.: A study of diagnostic errors. Ann Intern Med 47:108–120, 1957.

42. Otterland A., Phil E.: Klinisk, pathologisk-anatomisk och officiell dödsorsaksdiagnostik med utganspunkt fran 327 obduktionsfall. Lakertidningen 61:68–86, 1964.

43. Landes G., Zöhl E.: Sektionsstatistik einer medizinischen Abteilung. Munch Med Wochenschr 108:1732–1735, 1966.

44. Wilson R. R.: In defense of the autopsy. JAMA 196:1011–1012, 1966.

45. Lachmann W., Bauszus M., Hennig L. et coll.: Vergleich von Klinischer Diagnose und Sektionsdiagnose. Ber Ges Inn Med 7:306–309, 1970.

46. Schultz N., Schaarschmidt W.: Zur Relation zwischen klinischen und pathologisch-anatomischen Diagnosen in der Todesursachenstatistik. Z Gesamte Hyg 16:928–932, 1970.

47. Hoeller J. W., de Morgan N. P.: A retrospective study of 200 postmortem examinations. J Med Educ 45:168–170, 1970.

48. Feinstein A. R., Niebyl J. R.: Changes in the diagnostic process during 40 years of clinicopathologic conferences. Arch Intern Med 128:774–780, 1971.

49. Elsner B.: Importancia de la autopsia en la medicina actual. Prensa Med Argent 58:637–640, 1971.

50. Britton M.: Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 196:203–210, 1974.

51. Thierbach R.: Die Erschliessung der Informationen im pathologisch-anatomischen Sektionsgut. Habil Schrif Halle, 1967.

Table des matières

Introduction 7

I) Matériel et méthode 8

II) Résultats

A) Corrélation anatomo-clinique 15
a) Classification détaillée des autopsies 15
b) Classification simplifiée des autopsies 18
c) Quelques exemples concrets 19

B) Corrélation anatomo-clinique en fonction de divers paramètres 23

III) Résumé et discussion de la littérature 25

A) Corrélation anatomo-clinique 25

B) Corrélation anatomo-clinique en fonction de divers paramètres 29

IV) Discussion générale 31

Bibliographie 33

ISBN 3 260 04344 6